



Anamnese- & Beratungsbogen

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zum Gesundheitszustand (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Defekte Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann?: _____ | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, wann?: _____ | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) |

- Ohnmachtsanfälle
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Asthma
- Epilepsie
- HIV
- Hepatitis A B C

Erkrankungen der/des

- Nieren
- Leber
- Magen-Darm-Traktes
- Schilddrüse
- Lungen
- Augen

Allergien/Unverträglichkeiten gegen

- Antibiotika Wenn ja, welche? _____
- Schmerzmittel Wenn ja, welche? _____
- Spritzen
- andere: _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

- Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ("Blutverdünner") ein? Wenn ja, welche?

- Markumar
- ASS
- Plavix (Clopidogrel)
- Heparin
- andere: _____

Brauchen Sie ein Antibiotikum vor einem zahnärztlichen Eingriff (Endokarditis-Prophylaxe)?

- Ja Nein

Regelmässige Medikamente:



Anamnese- & Beratungsbogen

Sonstige Angaben

Raucher: Ja Nein wenn ja 0 - 10 über 10 pro Tag

Drogenkonsum: Ja Nein

Alkoholgenuss: Ja Nein wenn ja selten oft regelmäßig

Schwangerschaft: Ja Nein ungewiss SSW.: _____

Wurden Sie in den letzten 2 Jahren an den Zähnen geröntgt? Ja Nein

Besitzen Sie einen regelmäßig geführten Röntgenpass? Ja Nein

Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? Ja Nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? Ja Nein

Gibt es etwas worauf Sie bei der zahnärztlichen Behandlung Wert legen? Ja Nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über:

- Zahnersatz
- Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)
- Beratung für Schwangere
- Bleaching / Zahnaufhellung
- Professionelle Zahnreinigung
- Amalgamaustausch u. -alternativen
- Implantate

Sollen wir Sie an die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung erinnern?

Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch Gelbe Seiten Internetpräsenz Internetsuchmaschine Lage der Praxis Werbeanzeige

auf Empfehlung von: _____

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig sind und dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter
(bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!
Ihr Praxisteam



Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Das ist sehr wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer, PLZ, Ort		
Telefon / Mobil	E-Mail	
Krankenkasse oder Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
Beruf		

Mitglied/Zahlungspflichtiger (nur ausfüllen, wenn abweichend von „Patient“)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer, PLZ, Ort		
Telefon / Mobil	E-Mail	
Krankenkasse oder Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
Beruf		

Grund Ihres Besuches

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellung | <input type="checkbox"/> Aussehen der Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Wunsch nach neuem Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |